

REDER

Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012

SANIDAD UNIVERSAL

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



ODUSalud

RED acoge

semFYC

SESPAS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

LA SOCIEDAD CIVIL FRENTE A LA EXCLUSIÓN SANITARIA

Defender nuestra sanidad

www.reder162012.org

Un cambio del sistema sanitario de espaldas a la sociedad

El 20 de abril de 2012 el mundo sanitario se veía conmocionado. Ese día el Gobierno aprobaba en Consejo de Ministros el Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL) que imponía una profunda modificación del modelo sanitario español.

Esta reforma se adoptaba de espaldas a la sociedad, haciendo uso de una vía legislativa excepcional —reservada para situaciones de urgencia— que permitía sustraer la medida del previo debate político y social. Así, **sin contar con la opinión del sector profesional ni consultar a las principales organizaciones sociales, el Ejecutivo cambiaba drásticamente las bases del Sistema Nacional de Salud (SNS)** que de forma gradual y consensuada se había venido cimentando desde La Ley General de Sanidad de 1986 en torno a los principios de universalidad, prevención, descentralización y redistribución.

El RDL revertía de un plumazo décadas de avance en la construcción de una sanidad más inclusiva y solidaria. Señalando a la población migrante en situación irregular

como responsable de un supuesto abuso del sistema —sin aportar jamás datos que así lo demostraran— la excluyó del SNS, arrebatándole su derecho a la asistencia médica normalizada. No fue este el único colectivo afectado. Personas con ciudadanía comunitaria o aquellas de avanzada edad que forman parte de un proceso de reagrupación familiar también se quedaban fuera. Se trataba de **una regresión de derechos injustificable**. Y prendió la indignación.

La sociedad civil se movilizó de forma inmediata con el fin de frenar la grave vulneración de derechos humanos que se estaba perpetrando. Organizaciones sanitarias, sociales y plataformas ciudadanas asumieron la defensa de la población excluida e hicieron uso de todos los medios a su alcance para hacer frente al RDL. Gracias a ellas y a su infatigable lucha desplegada a lo largo de estos cinco años se han ido abriendo pequeñas puertas, especialmente en el ámbito autonómico, para que estas personas puedan recibir asistencia. Por desgracia, **la exclusión sanitaria sigue siendo una realidad en España que obliga a persistir en las estrategias de defensa del derecho humano a la salud.**



EL PERIPLO DE UNA PERSONA QUE VIVE CON VIH

Pedro es un hombre colombiano que lleva 20 años viviendo en España. A pesar del arraigo que muestran esas dos décadas en nuestro país, no ha conseguido la autorización para residir legalmente. A principios de 2015 cae enfermo y pasa dos meses convaleciente en su habitación, hasta que un compañero de piso avisa a Médicos do Mundo. Debido a que se encontraba en situación irregular, Pedro tenía miedo de acudir al hospital.

Ya muy débil y con evidentes síntomas de desnutrición severa, el equipo de Médicos do Mundo, temiendo por su vida, le acompaña a urgencias. Tras las pruebas pertinentes, se le diagnostica una infección por VIH (SIDA), sífilis y hepatitis B. Pero a pesar de que en Galicia se garantiza, a través de una normativa propia, la cobertura sanitaria y farmacológica a quienes padecen enfermedades que suponen un riesgo para la salud pública —independientemente de si tienen la documentación en regla o no— en el hospital desconocen esta posibilidad. Finalmente, tras varios días de gestiones con responsables del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), se consigue la cobertura para Pedro.

Sin embargo, pronto va a sufrir las consecuencias de las diferencias territoriales que generó la reforma sanitaria de 2012.

Como esta norma obligó a cada comunidad a diseñar su propia respuesta para atender a las personas que quedaron excluidas del sistema sanitario, la cobertura adquirida gracias a la normativa gallega sólo es válida en ese territorio. Así que cuando Pedro se muda primero a Valencia y luego a Bilbao en busca de trabajo, se queda sin acceso a los antirretrovirales. Y cuando por fin regresa a Galicia, le informan de que su derecho allí ha caducado.

La situación empeora todavía más. Al emprender los trámites para recuperar de nuevo la atención sanitaria que necesita, la policía le retira el pasaporte y recibe una orden de expulsión.

Para una persona en la situación de Pedro, la deportación significa quedarse sin una medicación esencial para su vida, pues en su país de origen no la tiene garantizada. La intervención de Médicos do Mundo y el Foro Galego de Inmigración consiguió detenerla y tramitar la autorización de residencia por motivos humanitarios, de modo que Pedro cuenta hoy con tarjeta sanitaria. Actualmente, gracias a la toma del tratamiento antirretroviral ha seguido mejorando. Ha recuperado su peso, no presenta síntomas y su carga viral es indetectable.

Resistir

El 1 de septiembre de 2012 entraba en vigor esta reforma sanitaria, y como consecuencia, cientos de miles de personas que a día 31 de agosto podían solicitar cita con su médica o médico de cabecera y ser atendidas con total normalidad, se convirtieron de la noche a la mañana en invisibles para el sistema. Sus tarjetas sanitarias fueron desactivadas y sus historiales clínicos borrados, impidiendo el correcto seguimiento y tratamiento de aquellas enfermedades que pudieran padecer.

Un gran número de profesionales de la salud se negaron a colaborar con esta injusticia. Enarblando el juramento hipocrático y el código deontológico, apostaron con valentía por la desobediencia civil y siguieron atendiendo a las personas excluidas. Así por ejemplo, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) promovió un registro de objetoras y objetores de conciencia que rápidamente superó el millar de adhesiones, a los que hay que sumar quienes objetan sin formar parte de ningún tipo de registro. Exponiéndose a sanciones por incumplimiento de la normativa vigente, estas y estos profesionales dignifican la labor sanitaria, tejiendo una red asistencial que, si bien cuenta con importantes limitaciones al no poder garantizar la derivación desde Atención Primaria a Especializada ni incluir la prestación farmacéutica, otorga salida y esperanza a muchas personas que de otro modo quedarían totalmente excluidas.

En esta resistencia también juegan una importante labor los grupos de información y acompañamiento impulsados desde diversas organizaciones sociales y plataformas ciudadanas.

Frente a la ingente desinformación que presidió la puesta en marcha de la nueva regulación, provocando que muchas personas migrantes no se atrevieran siquiera a acudir a urgencias, estos grupos se esmeran en explicar a las personas afectadas las opciones que tienen para recibir asistencia. Cuando a pesar de ello esto no es posible —pues el propio personal de los centros sanitarios desconoce a menudo la normativa y deniega la asistencia a quienes sí tienen derecho a la misma— acuden junto a las personas excluidas a centros de salud y hospitales para mediar y exigir que sean atendidas, e incluso ofrecen apoyo jurídico para reclamar judicialmente cuando existe la posibilidad.



#NuestraSanidad #NoFacturesUrgencias
#sanidadeuniversal
#CiudadesxSanidadUniversal #NadieSinSalud
#SaludparaTodxs
#YoElijoSerHumano
#ApartheidSanitario
#Derechoacurar #LleiSanitatUniversal
#VotaxSanidadUniversal
#4AñosdeExclusiónSanitaria
#LeyesQueMatan #5MentirasQueDuelen

Denunciar

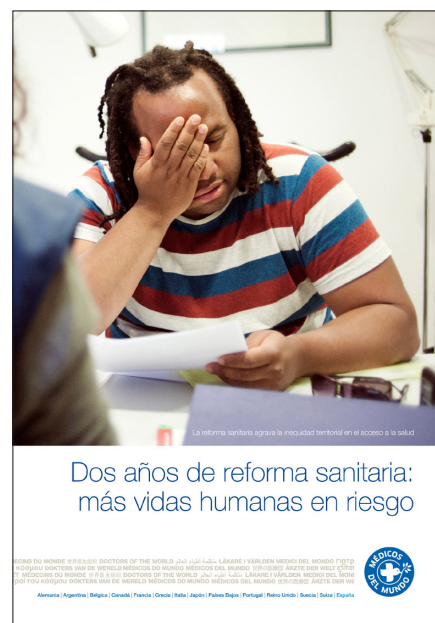
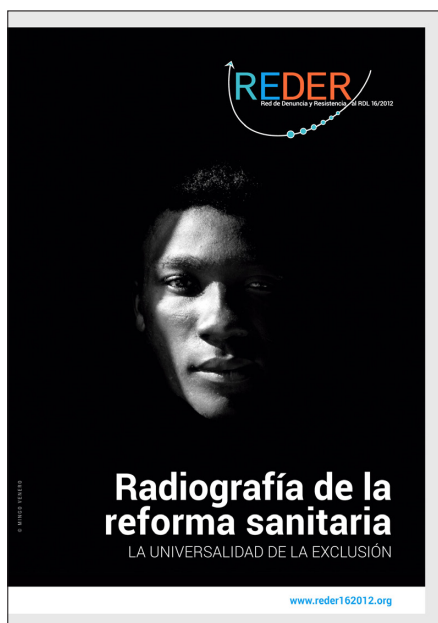
Los efectos de la exclusión sanitaria no tardaron en hacerse notar. Mientras el Gobierno alardeaba de la efectividad de la medida, las organizaciones sociales que trabajan con colectivos en situación de exclusión económica y social comenzaron a ver sus oficinas desbordadas de casos de personas a quienes les había sido denegada la asistencia médica. Ante esta situación, asociaciones como Médicos del Mundo o plataformas como ODUSALUD, PASUCAT, Ciudadanía contra la Exclusión Sanitaria o Yo Sí Sanidad Universal comienzan a documentar los casos de vulneración del derecho a la salud que llegaban a su conocimiento con el fin de denunciar la crisis sanitaria que se estaba produciendo, y advertir de los graves riesgos que esta entrañaba.

Estos riesgos se tornaban certezas cuando el RDL cumplía su primer aniversario y el 24 de abril de 2013, en Mallorca, fallecía de tuberculosis, solo, en su casa, el joven senegalés **Alpha Pam**. Después de seis meses acudiendo al centro de salud por urgencias, se le recomendó ir al hospital para realizarse radiografías. Hasta dos veces se le denegó la atención de urgencias allí, antes de que le viera un médico que tampoco realizó las pruebas diagnósticas solicitadas. Aparte

de que la denegación de atención en urgencias vulnera el propio RDL, este es un caso sintomático de la peligrosidad de la norma. De hecho, fue la falta de acceso normalizado a la Atención Primaria lo que impidió salvar la vida a Alpha Pam.

A pesar de que **las legislaciones española e internacional exigen justificar de forma fehaciente la adopción de medidas excepcionales que limiten derechos**, la actitud del Gobierno en lo que a la exclusión sanitaria se refiere se ha caracterizado por una absoluta dejación de sus obligaciones. Así, no sólo aprobó el RDL sin acompañarlo de una memoria económica detallada que demostrara la relación entre el uso que las personas en situación irregular hacían del sistema sanitario y el supuesto déficit de este, sino que también renunció a realizar ningún tipo de análisis del impacto que dicha medida tenía sobre la salud del conjunto de la población, y especialmente sobre los sectores más vulnerables. Por el contrario, su posición ha sido la de afirmar reiteradamente que gracias a esta normativa la sanidad española es más universal que nunca.

Por desgracia, la realidad es bien distinta de esta visión triunfalista y las organizaciones sociales han sido fundamentales a la hora de visibilizarla. **Los diversos informes publicados por REDER y otras entidades demuestran que el RDL ha teñido de injusticia nuestro sistema nacional de salud**, al dejar más desprotegidas precisamente a las personas más necesitadas.



También se ha puesto de manifiesto, con sólidos estudios de expertos nacionales e instituciones europeas, que **el sistema nacido de la reforma de 2012 es menos eficaz desde un punto de vista económico y sanitario**. Así, renunciar al modelo de prevención basado en una atención universal, empujando a una parte de la población a tener que recurrir a la atención en urgencias como única vía para conseguir asistencia médica resulta mucho más caro –pues en muchas ocasiones termina derivando en hospitalizaciones que podían haber sido evitadas– y conlleva mayores riesgos sanitarios.¹

Esta labor de denuncia no se ha limitado únicamente a la publicación y presentación de informes, sino que también se ha llevado ante instituciones oficiales como las diversas defensorías del pueblo, y ha contribuido a las **condenas que sobre el RDL han emitido diversos mecanismos de derechos humanos europeos e internacionales**, como por ejemplo el Comité Europeo de Derechos Sociales, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer o la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la extrema pobreza, junto a otras relatorías especiales de Naciones Unidas.

1. <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>

Royo-Bordonada MA., Díez-Cornell M, Llorente JM. Lancet. Health-care access for migrants in Europe: the case of Spain. Lancet. 2013; 383: 393-4.

DOCUMENTANDO LA EXCLUSIÓN

Ante la ausencia de datos oficiales sobre el impacto de las medidas contenidas en el RDL, distintas organizaciones y plataformas se han esmerado en dejar constancia de sus efectos sobre la salud y la vida de miles de personas excluidas. Estos informes constituyen importantes elementos de denuncia.

REDER ■ Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión (2015) ■ Cinco mitos para cinco años de exclusión sanitaria (2017)

MÉDICOS DEL MUNDO ■ Dos años de reforma sanitaria. Más vidas humanas en juego (2014) ■ Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del RDL 16/2012 en la Comunidad de Madrid (2015) ■ Cuatro años de reforma sanitaria en Galicia (2016)

ODUSALUD ■ Informes de revisión de las incidencias registradas en la Comunitat Valenciana (2012-2017)

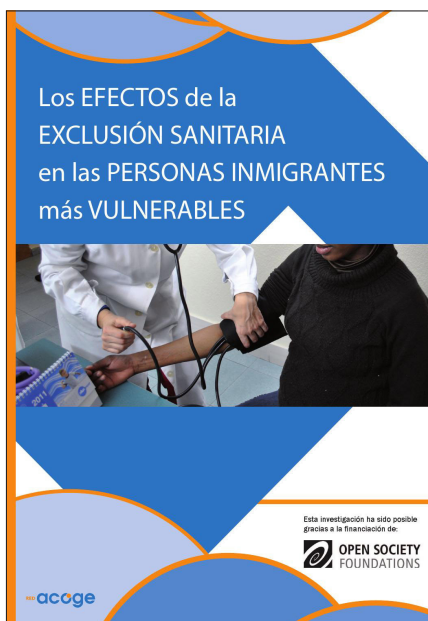
OBSERVATORIO DE EXCLUSIÓN SANITARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA ■ Informe de exclusión sanitaria Región de Murcia (2015)

PASUCAT ■ Propostes per assolir #SanitatxTotHom a Catalunya (2015)

RED ACOGE ■ Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables (2015)

AMNISTÍA INTERNACIONAL ■ El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares (2013) ■ Sin tarjeta no hay derecho. Impacto en derechos humanos de la reforma sanitaria en Castilla-La Mancha y la Comunitat Valenciana (2015)

YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL ■ Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia (2013)



Sensibilizar

En una situación de crisis económica como la que España atravesaba en 2012 (cuyos efectos aún hoy perviven), los mensajes demagógicos de trasfondo xenófobo encuentran su perfecto caldo de cultivo. No resultó, pues, difícil que el discurso defendido por el Gobierno en torno al RDL instaurara percepciones en parte de la sociedad tales como “el sistema sanitario no puede ser sostenible si se atiende a todo el mundo” ó “las personas inmigrantes abusan de los servicios sanitarios y vienen a España para tener acceso gratuito a la sanidad”.

Desmontar el mito del riesgo que las personas migrantes representan para la sostenibilidad del SNS ha sido uno de los principales frentes de batalla de las organizaciones de la sociedad civil. La constante equiparación por parte del Ejecutivo entre inmigración y turismo sanitario ha obligado a aclarar que estos son dos conceptos radicalmente distintos. Así, frente al perfil del eventual turista sanitario –persona europea de edad avanzada con recursos que viene a España con el fin principal de acceder a las prestaciones de calidad de nuestro sistema sanitario– las personas migrantes suelen ser jóvenes con un buen estado de salud que llegan a nuestro país para trabajar y buscar una vida mejor. Esta distinción se ve reforzada por los múltiples estudios que señalan que el uso que las personas migrantes realizan de la sanidad es sustancialmente inferior al de la población autóctona.²

Tras estas falacias se esconde una profunda transformación de nuestro sistema sanitario que lo ha convertido en más regresivo e insolidario. Mostrar públicamente la incoherencia e injusticia de utilizar a las personas migrantes como chivos expiatorios de las políticas de austeridad que recortan gasto social y derechos ha sido el objetivo de campañas como **#NadieDesechado** (Médicos del Mundo), **#YoElijoSerHumano** (Red Acoge) o **#5MentirasQueDuelen** (REDER). Diseñadas de forma original e imaginativa, estas acciones perseguían que la ciudadanía pudiera identificarse con las víctimas de la exclusión sanitaria, poniéndose en su piel. Confrontadas así con el día a día de miles de migrantes en nuestro país, se pretendía generar empatía con su sufrimiento y crear conciencia de la necesidad imperiosa de defender un SNS público y universal.

2. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, García-Campayo J. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios?. Aten Primaria. 2011.doi:10.1016/j.aprim.2010.09.014;

Berra S, Elorza-Ricart JM. Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. 2009. –120 p; 24 cm.-- (Colección: Informes, estudios e investigación/ Ministerio de Ciencia e Innovación / Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AATRM 2007/08)



UNA FACTURACIÓN INDEBIDA QUE IMPIDE DETECTAR UN CÁNCER

Sabrina es una italiana que llevaba medio año viviendo en Barcelona con su marido y sus tres hijos. A finales de 2015 descubre un bulto en el cuello que le dificulta comer y acude al centro de salud. A pesar de no tener tarjeta sanitaria, es atendida por una médica de atención primaria que, ante lo que entiende como síntomas preocupantes, la deriva de urgencia al hospital para que se haga una radiografía y consulte al equipo de medicina y cirugía.

Cuando Sabrina llega al hospital le informan de que sólo podrá ser valorada en urgencias si abona 250 euros, una cantidad que no puede asumir, de modo que regresa a su casa.

Transcurren las semanas sin que el dolor desaparezca, pero Sabrina no vuelve a urgencias por miedo a tener que abonar

la factura. Transcurridos dos meses, recibe una llamada de su médica de cabecera para preguntarle cómo se encuentra y cómo han ido las pruebas. Cuando Sabrina le relata lo ocurrido la doctora –entre sorprendida e indignada– le gestiona unas pruebas en un centro ambulatorio que arrojan el peor de los resultados: tiene un linfoma torácico extendido, algo que podría haberse contenido de haber sido detectado con antelación. Sabrina tiene que empezar quimioterapia de forma inmediata.

Afortunadamente, el tratamiento funciona y Sabrina se encuentra plenamente recuperada. No obstante, de no ser por la implicación de la médica de atención primaria, el final podría haber sido mucho más dramático. Actualmente Sabrina ha interpuesto una denuncia contra el servicio catalán de salud (CatSalud) por estos hechos, con el apoyo de la PASUCAT.

Cambiar

Resistir, denunciar, sensibilizar. Estos tres verbos son parte de una misma estrategia, cuyo principal objetivo es lograr revertir la exclusión sanitaria. Si algo ha quedado patente a lo largo de estos cinco años es que la movilización de la sociedad civil es fundamental a la hora de promover la acción política. Así, las organizaciones sanitarias y sociales vienen trabajando desde el mismo instante de la aprobación del RDL 16/2012 para presionar y exigir un cambio legislativo que ponga fin a esta injusticia y garantice una sanidad plenamente universal.

La actitud del Gobierno central, parapetado tras una mayoría absoluta en el Congreso que impedía todo atisbo de rectificación, provocó que **los esfuerzos de las organizaciones se centrasen en primera instancia en el ámbito autonómico**. El intenso trabajo que estas realizaron con las distintas consejerías de sanidad y grupos políticos –proporcionando información sobre las graves vulneraciones que el RDL estaba provocando, recordando a los gobiernos autonómicos que también ellos eran sujetos de las obligaciones de derechos humanos y elevando recomendaciones sobre cómo cumplir con estas– ha ido dando gradualmente sus frutos. Así, a día de hoy la práctica totalidad de las comunidades cuentan con algún tipo de normativa o regulación que busca garantizar la asistencia a las personas excluidas por la reforma de 2012.

Estas medidas constituyen sin duda avances significativos, que han contribuido a mitigar de forma sustancial lo que de otra forma se estaba convirtiendo en una auténtica crisis sanitaria. No obstante, distan mucho de ser la solución definitiva. Al margen de las deficiencias técnicas y de aplicación que presentan –y sobre las cuales las organizaciones ejercen una vigilancia constante con el fin de exigir a los distintos gobiernos las correcciones pertinentes– las propias limitaciones competenciales de las comunidades autónomas impiden que estas puedan reconocer a las personas excluidas como sujetos de derechos en igualdad de condiciones con el resto de la población. A ello hay que añadir que la dispersión normativa provoca desequilibrios territoriales en los requisitos y derechos que se reconocen a las personas excluidas, de modo que estos varían en función de la región de residencia. Cabe recordar, además, que sobre varias de estas normativas pende un recurso del Gobierno central ante el Tribunal Constitucional que amenaza la pervivencia de las mismas.



Es, por tanto, **imprescindible llevar a cabo una reforma legislativa de ámbito nacional que deje sin efecto el RDL 16/2012**. Este es precisamente uno de los objetivos del **Pacto promovido por REDER y firmado el pasado 12 de septiembre**. Configurando un auténtico frente de la sociedad civil, las principales organizaciones sanitarias y sociales han convocado a la práctica totalidad de los partidos de la oposición – los cuales ostentan mayoría absoluta en el Congreso – para que se comprometan a defender un SNS público, universal y de calidad. El primero de los compromisos adquiridos es precisamente la presentación de una Proposición de Ley que garantice la asistencia sanitaria como un derecho de todas las personas que viven en España, independientemente de su situación administrativa. Su tramitación y aprobación –no exenta de dificultades pues el Gobierno puede intentar vetarla– será un paso fundamental para recuperar la dignidad y solidaridad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Pero el camino no termina ahí. **El RDL y las políticas de austeridad y privatizadoras que lo han acompañado nos han mostrado la amenaza que se cierne sobre nuestro modelo sanitario como pilar del Estado Social**; blindar el carácter público e inclusivo del sistema de salud y defender su calidad se hace ahora más necesario que nunca. Reivindicar y acrecentar el papel de la sociedad civil como primera línea de defensa ante cualquier vulneración del derecho humano a la salud será esencial para afrontar estos retos. Ahí nos encontrarán.

La lucha por el cambio autonómico

El 25 de febrero de 2013 el Parlamento de Navarra aprobaba la Ley Foral 8/2013, que reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas residentes en dicha comunidad autónoma. Esta Ley –que no prevé el empadronamiento como un requisito– fue posible gracias al trabajo e insistencia de la Plataforma Navarra de Salud, que junto con otras organizaciones sociales y sanitarias convenció a diputadas y diputados para que aprobaran dicha medida a pesar de la oposición del propio gobierno autonómico. Se unía así Navarra al camino abierto por Andalucía y Asturias de rechazar la exclusión sanitaria en el ámbito autonómico. Unos meses después, Euskadi también se sumaría a esta lista, si bien con una normativa más restrictiva al exigir un año de empadronamiento.

En el resto de autonomías, la falta de voluntad política de los distintos gobiernos obligó a las organizaciones de la sociedad civil a una ardua labor de denuncia e incidencia política. El compromiso por la sanidad universal promovido en marzo de 2015 por Médicos del Mundo y firmado por la inmensa mayoría de partidos fue el preludio del cambio de contexto que se produciría tras las elecciones de mayo de ese mismo año.

El Decreto del Consell de la Generalitat Valenciana, en cuya gestación ODUSALUD jugó un papel muy activo, fue la punta de lanza a la que siguieron las instrucciones de Aragón, Cantabria y Murcia –impulsadas gracias a la acción de la Plataforma Salud Universal, Ciudadanía contra la Exclusión Sanitaria y el Observatorio de Exclusión Sanitaria de la Región de Murcia respectivamente–. En Catalunya, la acción de la sociedad civil, liderada por la PASU-CAT, consiguió en una primera instancia que se aprobara una nueva y mejorada instrucción y posteriormente que esta fuera sustituida por la Llei 9/2017, de 27 de junio, “d’universalització de l’assistència sanitària”.

Gracias a todos estos esfuerzos, **la inmensa mayoría de comunidades autónomas cuentan hoy con algún tipo de medida que otorga cierto acceso a las personas excluidas**. No es este el caso de Ceuta y Melilla ni de Castilla y León, donde el RDL sigue vigente en todo su rigor. Mención aparte requiere el caso de Galicia, donde está en vigor el Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública, pero cuyas previsiones se incumplen sistemáticamente a pesar de las repetidas denuncias de la Rede Galega en Defensa do Dereito á Saúde.



Mapa autonómico actualizado

1. CCAA con normativas que amplían la asistencia a las personas excluidas.
2. CCAA con Orden interna de la consejería: facilita la atención a las personas excluidas, pero preocupa por su inseguridad jurídica.
3. CCAA con programa Especial.
4. CCAA con Convenio entre Gobierno y ONG para dar asistencia primaria bajo ciertos requisitos.
5. CCAA sin normativa alguna.



REDER reclama el respeto efectivo del derecho humano a la salud a través de un sistema sanitario público y universal

A la vista de la situación de grave vulneración del derecho a la salud descrita en éste y anteriores informes, REDER considera que **el cambio legislativo es imprescindible y no puede posponerse más**. Por tanto, y en consonancia con el Pacto firmado el pasado 12 de septiembre, demandamos **a los distintos grupos parlamentarios que presenten sin mayor dilación una Proposición de Ley que contemple:**

- ▶ La eliminación de las figuras de asegurado/a y beneficiario/a y que se reconozca el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones a todas las personas que viven en el territorio español, independientemente de su situación administrativa.
- ▶ La incorporación de cláusulas de flexibilidad que garanticen la atención en todo momento, evitando que la falta de prueba de un requisito (ej. empadronamiento, certificado de no exportación del derecho, etc.) pueda acabar siendo una barrera insalvable.
- ▶ La inclusión de mecanismos de evaluación y seguimiento que permitan asegurar la efectividad de la norma.

A los gobiernos autonómicos, REDER les pide que lleguen al límite de sus competencias para garantizar que todas las personas que viven en su territorio puedan acceder a la asistencia sanitaria sin discriminación alguna. En este sentido, se les solicita la adopción de medidas que subsanen las actuales deficiencias de sus regulaciones y la colaboración con las organizaciones sociales que luchan contra la exclusión sanitaria. Muy particularmente, **exigimos la puesta en marcha de campañas informativas integrales dirigidas tanto al personal sanitario como a las personas afectadas**. A pesar de la preocupación que nos generan los recursos pendientes ante el Tribunal Constitucional contra las diversas normativas autonómicas, REDER quiere recordar la **obligación de todos los poderes públicos de respetar la legislación internacional de derechos humanos**.

A las y los profesionales sanitarios, de administración y gestión del Sistema Nacional de Salud, REDER les invita a sumarse al movimiento de objeción de conciencia con respecto a la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012, recordando que **existe el derecho y el deber de no colaborar con violaciones de derechos humanos**.

Al conjunto de la **sociedad civil**, la animamos a apoyar las movilizaciones y acciones de rebeldía frente al Real Decreto-Ley.

Las cifras de la exclusión

3.784 PERSONAS EXCLUIDAS
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SÓLO DESDE 2014

158 MUJERES
EMBARAZADAS

270 MENORES
DE EDAD

DENEGADA LA
TARJETA SANITARIA A
72 PERSONAS DE
AVANZADA EDAD
Y EN SITUACIÓN REGULAR

29 PERSONAS
SOLICITANTES
DE ASILO



364 CASOS DE DENEGACIÓN DE ATENCIÓN
O FACTURACIÓN INDEBIDA EN
URGENCIAS



57 CASOS DE
CÁNCER

88 CASOS DE
HIPERTENSIÓN

38 CASOS DE
VIH

78 CASOS DE
ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES

109 CASOS DE
DIABETES

55 CASOS DE
SALUD MENTAL
GRAVE

REDER Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012

REDER es una red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su cumplimiento. Actualmente forman parte de REDER más de 300 organizaciones sociales y profesionales como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Médicos del Mundo, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), Andalucía Acoge, la Plataforma Salud Universal Aragón; la Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT); la Rede Galega en Defensa do Dereito á Saúde; la Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia; la Plataforma "Ciudadanía contra la exclusión sanitaria"; la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FDASP), la Asociación de Refugiados e Inmigrantes de Perú (ARI-PERÚ) o la Red Transnacional de Mujeres (NetworkWoman). Para más información: www.reder162012.org